Quatrième Année | N° 3 | Mars 1894

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

Paraissant une fois par mois

Excepté pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre

PRIX DE L'ABONNEMENT :

France	**10** fr. par an
Étranger.	**12** fr. —

PARIS

L. BATTAILLE & Cie

LIBRAIRES-ÉDITEURS

23, Place de l'Ecole-de-Médecine, 23

MEMBRES TITULAIRES :

1. Astier.
2. Blanc.
3. Bonnier.
4. Boucheron.
5. Cartaz.
6. Chatellier.
7. Colin.
8. Courtade.
9. Duplay.
10. Garnault.
11. Garrigou-Desarenes.
12. Gellé.
13. Gille.
14. Gouguenheim
15. Hermet.
16. Jouslain.
17. Ladreit de Lacharrière
18. Lévi.
19. Lœwenberg.
20. Lubet-Barbon.
21. Luc.
22. Marage.
23. Martin.
24. Ménière.
25. Miot.
26. Potiquet.
27. Reynier.
28. Ruault.
29. Saint-Hilaire.

MEMBRE HONORAIRE :

Moura-Bourouillou

COMPOSITION DU BUREAU
pour l'année 1894

Président............	Ruault.
Vice-Président.......	Ménière.
Secrétaire général...	Saint-Hilaire.
Secrétaire annuel....	Bonnier.
Trésorier............	Marage.

Tout ce qui concerne la Société doit être adressé à M. le Dr Saint-Hilaire, *Secrétaire général, Avenue de l'Opéra, 11*

N° 3 QUATRIÈME ANNÉE MARS 1894

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 5 Février 1894

Présidence de M. RUAULT

Assistaient à la séance: MM. Bonnier, Cartaz, Châtellier, Gellé, Gilles, Marage, Ménière, Ruault, Saint-Hilaire.

Du Cholestéatome de l'oreille

Par les Docteurs L. LICHTWITZ et J. SABRAZÈS
de Bordeaux.

Il nous a été donné d'observer récemment un cas de cholestéatome de l'oreille dans des conditions exceptionnellement favorables pour l'étude. Nous avons pensé qu'il ne serait peut-être pas inutile de rapporter ce fait et de reprendre, à cette occasion, l'histoire clinique et pathogénique du cholestéatome.

Envisagée à ce double point de vue, l'histoire du cholestéatome a été peu vulgarisée en France ; c'est cependant une affection grave, qui évolue sourdement et progressivement et qui a été retrouvée par Virchow dans presque un tiers (28 0/0) des cas des maladies de l'oreille terminées par la mort. L'exposé de cette question comporte donc un réel intérêt pratique.

Description. — Les histologistes désignent sous le nom de cholestéatome, des tumeurs arrondies, d'aspect nacré, constituées par le tassement et l'agglomération en couches concentriques de cellules plates, cornées, stratéfiées à la façon des tuniques d'un oignon.

Entre ces cellules plus ou moins dégénérées sont de nombreux cristaux de cholestérine et des microbes divers. Bezold y a même rencontré le bacille de Koch, ce qui s'explique du reste par l'origine tuberculeuse de certaines suppurations chroniques dont le cholestéatome est parfois une complication. L'aspect nacré proviendrait d'un phénomène d'interférences de la lumière à travers les lamelles cornées plus fines qui constituent les couches périphériques de ces productions (Johannès Müller). Très souvent, ainsi qu'on a pu le constater *post mortem*, celles-ci sont entourées par le corps muqueux de Malpighi, dont les prolongements ont des dimensions variables ; extérieurement enfin, elles sont circonscrites par une mince bandelette connective et par le tissu osseux. Si le cholestéatome s'est développé librement dans la caisse, on peut trouver immédiatement au-dessous du corps de Malpighi ou des masses cornées, l'épithélium cylindrique de cette cavité.

Historique. — Décrit par Cruveilhier (1) sous le nom de *tumeur perlée*, le cholestéatome a été ainsi désigné par Johannès Müller (2), qui voyait dans la cholestérine l'élément caractéristique de ces productions. En 1855, Virchow (3) s'attache à faire adopter la dénomination primitive de Cruveilhier, ou bien celle de *margaritome*, proposée par Craigie. Actuellement le terme de cholestéatome est universellement employé, malgré la diversité des opinions émises sur la nature de ces formations.

Etiologie et Pathogénie. — Doit-on envisager le cholestéatome comme une véritable néoformation primitive ou comme une complication tardive des inflammations chroniques de l'oreille ?

La première hypothèse repose exclusivement sur des considérations cliniques et sur des constatations macroscopiques ; elle fut vivement battue en brèche lorsqu'intervinrent les examens microscopiques précis.

Les partisans de la formation secondaire du cholestéatome sont d'ailleurs loin d'être d'accord et d'admettre le même processus.

---

(1) *Cruveilhier*. Anat. pathol. L. II, planche 6.

(2) *Johannès Müller*. Berlin, 1838, p. 50.

(3) *Virchow*. Virchows Archiv., 1855, t. VIII, p. 371.

Les uns, parmi lesquels von Trœltsch (1), Wendt (2), Schmiegelow (3), pensent qu'il s'agit d'une métaplasie, c'est-à-dire d'une transformation de l'épithélium cylindrique qui tapisse à l'état normal la muqueuse de l'oreille moyenne, en un épithélium pavimenteux stratifié semblable à l'épiderme cutané. Cette transformation résulterait d'une irritation chronique liée à la rétention du pus et à la pression qu'il exerce sur les tissus sous-jacents, lorsqu'il est concrété (von Trœltsch).

Wendt mettrait plutôt cette métaplasie sous la dépendance de causes nocives provenant de l'extérieur et s'exerçant à travers la perforation tympanique.

Ces dernières explications seraient à la rigueur acceptables lorsque toutes les cavités de l'oreille moyenne sont épidermisées. Des transformations analogues n'existent-elles pas sur la muqueuse nasale, dans l'ozène, par exemple (Schuchardt) ? Sans doute, ces analogies sont permises, mais elles ne suffisent pas à accréditer la théorie de l'origine métaplasique, les preuves histologiques faisant défaut pour le cholestéatome de l'oreille. Bien plus, dans les cas de cholestéatomes sacciformes où l'épithélium cylindrique de l'oreille moyenne a persisté, l'explication par une métaplosie est insoutenable.

Une autre opinion due à Habermann (4) et à Bezold (5), a été plus favorablement accueillie : la plupart des auteurs s'accordent en effet à rattacher le cholestéatome de l'oreille moyenne à une prolifération exagérée de l'épiderme du tympan et du conduit auditif externe, épiderme qui s'est propagé jusqu'à la caisse et l'a de proche en proche envahie en totalité.

D'après Habermann, lorsque la muqueuse de l'oreille moyenne

(1) *Von Trœltsch.* Arch. f. Ohrenheilk, 1868, t. IV, p. 97.

(2) *Wendt.* Arch. der Heilk, t. XIV, p. 428 et 551.

(3) *Schmiegelow.* Zeitschr. f. Ohrenheilk, 1891, t. XXI, p. 197.

(4) *Habermann.* 1° Zeitschr. f. Heilk, t° IX, p. 140 et 146.
2° Ibid. t. XI, p. 89.
3° Arch. f. Ohrenheilk, 1888, t. XXVII, p. 42 et 230.
4° Handb. d. Ohrenheilk. 1892, t. I, p. 255.
5° Mittheil d. Vereins d. Aerzte in Steiermark, n°s 8 et 9, 1893.

(5) *Bezold.* 1° Zeitschr. f. Ohrenheilk, 1889, t. XX, p. 5.
2° Ibid. 1891, t. XXI, p. 252.
3° Handb. d. Ohrenheilk, 1893, t. II, p. 336.

est chroniquement enflammée, l'épiderme du tympan et du conduit auditif externe subit, au voisinage des régions malades une telle suractivité nutritive que l'on voit assez souvent cet épiderme s'étendre au-delà du bord de la perforation tympanique, recouvrir bientôt la muqueuse exulcérée de la caisse et petit à petit celle de l'antre mastoïde. Si l'inflammation de la muqueuse cesse, la guérison peut survenir, mais si elle devient permanente, la prolifération de l'épiderme envahisseur continue et ses produits de desquamation cornée ne pouvant pas s'éliminer, s'accumulent en lamelles concentriques.

Le cholestéatome une fois constitué, devient le point de départ d'autres ramifications qui, à leur tour, engendrent de nouveaux cholestéatomes, lesquels se développent avec d'autant plus de facilité que les portions anfractueuses de l'oreille moyenne n'opposent qu'une médiocre résistance à leur accroissement.

L'extension du revêtement épidermique du tympan et du conduit peut se produire dans divers sens, dans tous les points, en un mot où il existe une communication entre l'oreille moyenne et la surface cutanée, que cette communication siège du côté du tympan, du conduit ou de la face externe de l'apophyse mastoïde. De toutes les perforations du tympan, celles de la membrane de Shrapnell méritent une mention spéciale à cause de leur coexistence fréquente avec les cholestéatomes sur lesquels Bezold a attiré l'attention. A ce niveau, la propagation épidermique est d'autant plus facile qu'il n'existe pas sur la membrane de Shrapnell de *membrane propria* capable d'opposer une résistance à l'envahissement de l'attique par l'épiderme. Les fistules de la paroi postérieure du conduit qui établissent une voie entre ce dernier et l'antre mastoïde sont plus rares ; elles sont la conséquence de l'ouverture artificielle de l'apophyse mastoïde dans le conduit auditif. Panse (1) a observé, en effet, à la clinique de Schwartze, des cas de ce genre qui ont été suivis de la formation de cholestéatomes en quelque sorte artificiels.

Mais ces fistules peuvent succéder aussi à l'ouverture spontanée d'un abcès mastoïdien dans le conduit auditif, c'est ce qui a dû se

(1) *Panse*, Arch. f. Ohrenkeilk, t. XXXIV, p. 251.

produire dans le cas que nous rapportons ici. Il fournit comme une preuve expérimentale à l'appui de la théorie que Habermann a invoquée pour élucider la pathogénie du cholestéatome sacciforme.

OBSERVATION

M. X..., âgé de 21 ans, natif de Varsovie, vient nous consulter pour une affection nasale. Il se plaint aussi depuis plusieurs mois d'une dureté de l'oreille droite, accompagnée de sensation de lourdeur de tête, il a eu pendant sa première enfance des écoulements fréquents de cette oreille qui ont disparu, il y a 6 ans. Le malade a été soigné par plusieurs confrères spécialistes de Varsovie, mais n'a jamais subi d'opération du côté des oreilles. On relève aussi dans son histoire sept atteintes de pneumonie, deux fois compliquées de pleurésie. L'avant-dernière pneumonie, qui date de deux ans, a été particulièrement grave et a failli entraîner la mort.

L'examen pratiqué le 6 novembre 1893 permet de constater : du côté des fosses nasales une atrophie assez marquée des cornets inférieurs ; du côté des oreilles, des traces d'anciennes otites moyennes suppurées. A droite, où le malade éprouve une sensation de plénitude, la membrane de Shrapnell forme avec le tympan lui-même une membrane cicatricielle épaisse sur laquelle on ne distingue ni le manche du marteau, ni la courte apophyse. A l'aide du spéculum de Siegle on réussit à peine à imprimer quelques mouvements à cette membrane.

Audition : O. D. = contact. — O. G. = 0,20. — D. V. mieux à droite. — Rinne (ut 2, ut 3, ut 4). O. D. = négatif. — Rinne O. G. diapasons placés sur l'apophyse mastoïde gauche sont entendus par l'oreille droite.

Au niveau de la paroi postérieure de la partie osseuse du conduit auditif on aperçoit une masse peu saillante, jaunâtre velvétique qui résiste à tout essai d'extraction avec la pince. A la première injection d'eau tiède, le malade est pris de vertige, ce qui nous oblige à suspendre ces irrigations. Ce n'est que le lendemain après des instillations répétées de glycérine carbonatée que nous réussissons à rendre mobile avec la pince, la masse dont nous avons parlé. En tirant assez fortement nous amenons une tumeur

volumineuse, infundibuliforme, à surface bosselée et luisante, représentée en grandeur naturelle par les figures I et I'.

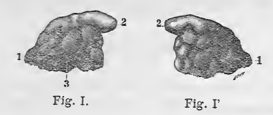


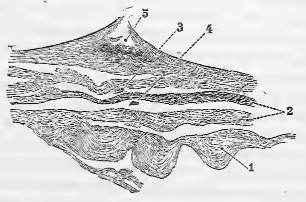
Fig. I. Fig. I'

Dans la paroi postérieure du conduit, on voit alors à la place occupée par la tumeur, une vaste excavation de même volume qui permet l'introduction d'un stylet dans les cellules mastoïdiennes jusqu'à une profondeur d'un centimètre environ. Un pont osseux de 3 à 4 millimètres d'épaisseur sépare cet orifice du cadre tympanique. La paroi de cette cavité artificielle est luisante comme la surface de la tumeur qui se moulait exactement sur elle.

Aussitôt après l'extraction de cette tumeur, le malade se sent la tête très dégagée. Audition à droite : 0,08 cm., il se rappelle qu'il y a deux ans, un confrère de Varsovie a enlevé de son oreille une masse analogue, mais moins volumineuse.

Examen histologique. — La tumeur a été examinée :

A. Par dissociation dans le picro-carmin : elle est constituée par des lamelles cornées dépourvues de noyau étroitement accolées les unes aux autres et difficiles à dissocier, et par de nombreux cristaux de cholestérine.



B. Sur des coupes d'ensemble qui montrent des stratifications de tissu corné disposées en couches continues, lesquelles sont

incomplètement isolées les unes des autres et s'envoient des anastomoses. Les couches profondes forment une trame très serrée, décomposable en fines lamelles imbriquées, privées de noyau, dont la section donne, à un faible grossissement, comme une apparence fibrillaire. Cette zone profonde est sinueuse, très ondulée (1) et s'est laissé colorer en jaune rosé par le picro-carmin.

Les parties sous-jacentes sont moins découpées et sont représentées par des bandes lamelleuses à direction longitudinale (2). Entre elles sont situées de nombreuses granulations ponctiformes (3), la plupart de nature graisseuse, mais dont quelques-unes ont les réactions colorantes des granulations protéiques ; on y voit aussi des cristaux de cholestérine (4) teintés en rose pâle par le carmin.

Les lamelles de la superficie sont dissociées, en voie de desquamation et forment des amas acuminés et cratériformes (5).

En résumé, ces productions sont purement cornées ; elles sont distribuées en couches concentriques emboitées les unes dans les autres ; dans leurs intestices sont emprisonnées des granulations diverses, ainsi que des cristaux de cholestérine.

Certains auteurs, entre autres Schmiegelow, ont essayé de réfuter l'hypothèse d'une progression de l'épiderme dans l'oreille moyenne. On ne rencontre point, disent-ils, de fait semblable sur les différentes muqueuses voisines de la peau. Walb (1) a cependant relaté un cas d'épidermisation du sinus frontal, à la suite d'une ouverture de cette cavité à l'extérieur. D'un autre côté, une remarque de Politzer (2) témoigne encore en faveur de la progression de l'épiderme. Cet auteur dit très judicieusement que dans les cavités accessoires du nez dont le revêtement épithélial est à peu près analogue à celui de la caisse, l'épidermisation de la muqueuse est très rare et que cette rareté s'explique par ce fait que ces cavités, sauf le cas d'ouverture artificielle, n'ont aucun rapport de continuité avec la peau.

Contre la théorie de la progression épidermique, on a aussi fait valoir les cas, peu nombreux à la vérité, de cholestéatomes qui

(1) *Wolb*. Handb. d. Ohrenheilk, 1893, t. II, p. 265.

(2) *Politzer*. Lehrb. d. Ohrenheilk, 3me édit., 1893, p. 334.

n'ont pas été précédés d'inflammation, non plus que de perforation soit du tympan, soit du conduit. Assurément des faits de ce genre existent, mais leur nombre est plus restreint qu'on ne le pense, car, si on examine de près les observations de cholestéatomes considérés comme primitifs, on s'aperçoit qu'il n'est nullement prouvé qu'une inflammation de la caisse avec perforation consécutive du tympan n'ait pas antérieurement existé, à l'insu du malade et de son entourage.

En résumé, parmi les théories relatives à l'origine du cholestéatome, l'hypothèse d'une tumeur primitive, hétéro-plastique, n'est acceptable que pour un petit nombre de cas.

D'après une deuxième théorie, le cholestéatome serait le produit d'une transformation cornée de l'épithélium cylindrique. Cette idée n'est admissible que si les parois de la caisse sont réellement épidermisés; elle ne saurait s'appliquer aux cas déjà nombreux où l'on rencontre une prolifération sacciforme de l'épiderme dans cette cavité, cette dernière étant restée recouverte de sa muqueuse normale.

Reste la troisième théorie; elle admet une prolifération active de l'épiderme, qui a peu à peu envahi l'oreille moyenne. Cette dernière interprétation est la plus satisfaisante.

Fréquence. — Le cholestéatome est plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte. On le trouve chez 1 à 2 0/0 des malades atteints d'affection de l'oreille (Bezold, Hessler) depuis que l'attention a été dirigée vers les lésions de l'attique.

Symptômes. — Ils dépendent du siège et du volume de la tumeur, ainsi que de l'intensité et de l'étendue des inflammations concomitantes.

Comme nous l'avons vu plus haut, la partie supérieure de la caisse, l'attique des Américains, est le siège de prédilection des masses cholestéatomateuses (Bezold, Morpurgo); puis viennent par ordre de fréquence, l'antre mastoïde et la caisse du tympan.

Les cholestéatomes de l'attique occasionnent généralement des céphalalgies, des vertiges, des bourdonnements, et entretiennent une suppuration fétide et rebelle, qui s'accompagne souvent de carie des osselets et des parois osseuses; l'inflammation peut, en outre, se propager aux méninges.

Les cholestéatomes de l'antre et de la caisse, entraînent parfois d'autres troubles très graves : ils s'étendent aux dépens du rocher qu'ils creusent progressivement et atteignent finalement la boîte crânienne. Politzer (1) a vu, en effet, à l'autopsie d'une femme âgée de 78 ans, atteinte depuis son enfance d'otorrhée droite avec surdité complète et paralysie faciale, un cholestéatome volumineux qui occupait une vaste cavité formée par le conduit auditif, la caisse, l'apophyse mastoïde et tout le labyrinthe.

Schwartze (2), Steinbrügge (3), et d'autres auteurs ont rapporté des cas semblables.

Mais si les cholestéatomes donnent quelquefois lieu à des troubles graves, il n'en est pas toujours ainsi, et dans la grande majorité des cas, ils se cachent sous les apparences d'une otite moyenne suppurée chronique. Il en est de même, des cholestéatomes primitifs, par exemple, qui peuvent ne donner lieu à aucun symptôme jusqu'au moment où, par suite de l'usure progressive de l'oreille interne et de la compression du cervelet, éclatent des bourdonnements et des vertiges suivis de surdité.

Parfois aussi, comme dans une observation de Kuhn (4), une cause extérieure amène l'inflammation et la suppuration d'une tumeur cholestéatomateuse, dont le début remontait, selon toute apparence, à un grand nombre d'années.

D'une façon générale, la variété qui s'accompagne de suppuration chronique est la plus commune. Les douleurs d'oreilles, la céphalée, les vertiges, les vomissements apparaissent surtout lorsqu'il y a obstacle à l'élimination des masses cholestéatomateuses, que cet obstacle provienne d'une étroitesse de la perforation tympanique, de la présence de polypes ou de bourgeons charnus.

Dès qu'on rétablit la libre expulsion de ces masses, tout rentre dans l'ordre. Les symptômes plus ou moins alarmants alternent avec des périodes d'accalmie, pour reparaître à la suite d'injec-

(1) *Politzer. Loc. cit.*, p. 336 et Annales des maladies de l'oreille, etc., 1891, p. 254.

(2) *Schwartze.* Lehrb. der chirurg. Krankh. des Ohres. 1885, p. 222.

(3) *Steinbrügge.* Zeitschr. f. Ohrenheilk, t. VIII, p. 224.

(4) *Kuhn*, Zeitschr. f. Ohrenheilk, t. XXI, p. 231.

tions d'eau tiède, d'introduction de vapeurs chaudes qui font gonfler les débris cornés. Ces derniers, par suite de l'accroissement de leur volume, compriment et irritent les parties voisines.

Diagnostic. — Le diagnostic n'est possible, à l'examen otoscopique, que lorsque les masses épidermiques sont visibles dans la caisse ou dans le conduit, à travers une large perforation du tympan. Dans notre cas, nous avons pu faire le diagnostic, sans soupçonner toutefois le volume du cholestéatome, grâce à la situation qu'occupait celui-ci vers la partie postérieure du cadre tympanique.

Lorsque l'examen direct de l'oreille ne permet pas de découvrir les productions épidermiques, on devra les rechercher à l'aide d'injections pratiquées soit dans le conduit, soit dans l'attique, avec la canule de Hartmann.

Les symptômes que nous avons énumérés avec leurs alternatives d'aggravation et d'atténuation, contribueront aussi à confirmer le diagnostic.

Pronostic. — Le pronostic est grave. On voit, il est vrai, comme chez notre malade, la tumeur se frayer un passage dans le conduit auditif. Bezold, Schwartze, Moos et Politzer ont cité des observations de ce genre. Dans d'autres cas, l'issue a été beaucoup moins favorable, les cholestéatomes ont perforé la paroi externe de l'apophyse mastoïde, ou se sont complètement éliminés à travers le tympan. Il est des cas encore plus graves terminés par la mort : ce dénouement était lié, dans une observation de Politzer, à une pyohémie provoquée par la rétention de pus derrière les masses cholestéatomateuses. On a signalé aussi, parmi les complications fatales, la méningite, l'abcès du cerveau, l'érosion du sinus latéral suivie d'hémorrhagie ou de phlébite, ainsi que l'irruption de la tumeur dans la boite crânienne, notamment au niveau du *tegmen tympani* (Toynbee, von Trœltsch, Burckhardt-Merian, etc...) Il est, en outre, très vraisemblablement des cas de méningite et d'abcès du cerveau qui surviennent, à titre de complication, au cours d'un cholestéatome dont l'existence a été méconnue pendant la vie et même après la mort. Le pronostic est relativement favorable lorsqu'il est possible, comme dans notre observation, d'atteindre par le conduit la cavité que s'est creusée le cholestéatome.

Traitement. — Puisque le cholestéatome est le plus souvent consécutif à une vieille otite moyenne suppurée, on devra se préoccuper surtout de cette dernière et la traiter activement. Compter sur la disparition spontanée de ces écoulements avec la croissance serait illusoire et dangereuse pour l'audition et pour la santé générale ; nous savons, en effet, que les suppurations prolongées prédisposent à un très grand nombre d'accidents et entre autres, au cholestéatome et à ses conséquences.

Le diagnostic établi, il faut enlever le cholestéatome et s'efforcer d'éviter la récidive. Les difficultés de l'ablation seront plus ou moins grandes suivant les localisations du cholestéatome. Des injections pratiquées par le conduit ou par la trompe, à travers une sonde, suffisent parfois à déblayer la caisse et à faire disparaître la plupart des troubles. Il peut être nécessaire d'enlever au préalable les polypes ou les bourgeons charnus qui obstruent les points perforés de la membrane de Shrapnell ou du tympan lui-même. Dans les affections de l'attique, des injections pratiquées directement au niveau de la membrane de Shrapnell à l'aide d'une canule recourbée *ad hoc* rendront les plus grands services. Si les masses sont trop denses et ne peuvent être charriées au dehors par ces différentes méthodes d'injection, on tâchera de les dissocier avec un stylet et de les enlever avec une petite cuiller tranchante. Nous avons à maintes reprises, pratiqué des injections directement dans l'attique et nous nous en sommes fort bien trouvés. Très rapidement, les troubles dus à la rétention, céphalée, bourdonnements disparaissaient ; mais l'amélioration n'est souvent que passagère et alors même que la suppuration de l'attique semble tarie, les céphalalgies ne tardent pas à se montrer jusqu'à ce qu'un nouveau lavage qui ramène des débris épidermiques les atténue à nouveau.

Si les injections sont impuissantes à tarir les sécrétions purulentes et à débarrasser le malade des produits cholestéatomateux de l'attique, s'il existe une carie du marteau et de l'enclume, ou des parois osseuses de la cavité, l'excision du tympan et l'ablation des osselets nous paraissent suffisamment indiqués.

Pour que le champ opératoire soit assez vaste et bien éclairé,

Stacke (1) a proposé dans ces derniers temps de pratiquer cette extraction après avoir décollé le pavillon de l'oreille de son implantation postérieure. On dénude le conduit auditif, on enlève à coups de ciseau la paroi externe de l'attique et la paroi osseuse postéro-supérieure du conduit. Grâce à cette méthode, la partie supérieure de la caisse et l'entrée de la cavité mastoïdienne deviennent facilement accessibles et l'on peut diriger un traitement actif contre le cholestéatome de ces régions.

Si le cholestéatome est logé dans l'antre mastoïde, s'il s'est frayé un chemin dans le conduit auditif, on peut, ainsi que nous l'avons fait, l'enlever avec une pince, s'il est absolument inclus dans l'apophyse mastoïde et s'il ne communique qu'avec sa face externe et avec le conduit auditif ou par des fistules étroites, on aura recours aux procédés de Schwartze (2), à celui de Stacke ou à ces deux méthodes combinées.

Pour prévenir la récidive on a tour à tour préconisé les injections, les insufflations de poudres antiseptiques, le râclage, les cautérisations ; ces applications thérapeutiques ont à leur actif quelques résultats encourageants. Cependant quand il s'agit de cholestéatome de l'antre mastoïde ou de certains cas invétérés localisés dans l'attique, il conviendrait, après avoir appliqué les méthodes de Schwartze et de Stacke, de maintenir largement béante l'ouverture artificielle pendant un temps indéterminé.

De tout ce qui précède, il résulte que les cholestéatomes sont plus fréquents qu'on ne le croyait autrefois. Aussi devra-t-on ne pas perdre de vue la possibilité de cette affection lorsqu'on se trouvera en présence d'une otite moyenne suppurée à marche éminemment chronique, rebelle à tous les traitements ; on pourra peut-être alors apporter un prompt soulagement aux malades et obvier dans une certaine mesure aux redoutables complications que nous avons énumérées.

---

(1) *Stacke.* 1· Arch. f. Ohrenheilk, t. XXXI, p. 201, 1891.

2· Berl. Klin. Woch. n· 4, 25 janvier 1892.

(2) *Schwartze.* Handb. der Ohrenheilk, 1893, t. II, p. 805 et 832.

Malformation de l'oreille

par A. CARTAZ, ancien Interne des hôpitaux.

Cette malformation a été observée chez un enfant de trois ans. La mère a eu trois autres enfants qui ne présentent aucune difformité et jouissent d'une bonne santé. Chez les ascendants paternel et maternel, on ne trouve aucune malformation.



Cette lésion a été observée dès la naissance ; la conque est réduite à un bourrelet cartilagineux et le lobule est constitué par un prolongement allongé, ne se détachant des tissus sous-jacents que dans le tiers inférieur. Il n'existe aucune trace de conduit auditif, aucun orifice permettant de soupçonner où il vient aboutir.

En raison de l'âge de l'enfant, les recherches pour l'acuité auditive ont été à peu près négatives. L'enfant, bien conformé d'autre part, est en très bon état de santé.

Présentation de cautères galvaniques destinés au pharynx nasal

Par le Docteur JOUSLAIN

Je me sers, depuis deux ans, avec avantage, des cautères galvaniques ci-joints et, pour cette raison, j'ai pensé bien faire en les soumettant à l'appréciation de mes collègues.

Il nous arrive souvent, en effet, d'avoir à soigner des gens d'un certain âge, de 15 à 25 ans, atteints d'hypertrophies de la muqueuse pharyngienne supérieure, de végétations avoisinant les trompes, de productions polypoïdes de la cloison. L'intervention par les différents procédés de curetage est, dans ces cas, une véritable opération sanglante, douloureuse. Beaucoup de malades refusent de s'y soumettre. D'autres, chez lesquels on cherche à agir en plusieurs fois, laissent commencer, mais refusent d'en finir. La question de séjour est aussi très importante pour beaucoup de malades. La plupart ne veulent rester plus de la journée à Paris.

C'est dans des cas de cette espèce que j'ai employé avec beaucoup d'utilité les cautères plats.

Je vous demanderai de citer, le plus succinctement possible, quatre observations dans lesquelles, bien certainement, je ne serais arrivé à un résultat aussi satisfaisant, sans cette ressource. Les malades refusaient toute opération sanglante ; tout séjour prolongé à la chambre.

Première observation. — M[lle] B..., de Levallois-Perret, 16 ans, bien développée, se plaint d'obstruction nasale et de sécrétion abondante de l'arrière gorge. A la rhinoscopie, on voit antérieurement, de gros cornets et postérieurement, des hypertrophies polypoïdes des mêmes cornets inférieures, une grosse glande de la voûte.

Les opérations du nez avec la cocaïne furent bien supportées, mais, la première intervention du côté de la voûte, avec la pince coupante a été nécessairement un peu douloureuse, a donné du sang, bref, on a refusé de la laisser recommencer. J'ai dû proposer mon procédé et après cocaïnisation à la poudre de sucre, placement du relève-luette et de l'abaisse-langue, j'ai pu, aidé du miroir, introduire mon cautère n° 2 de cinq millimètres de diamètre. La chaleur réglée convenablement, j'ai détruit, en deux séances, tout ce qui restait des hypertrophies de la voûte.

Deuxième observation. — Il s'agit d'une grande jeune fille de 18 ans, M[lle] B..., de Plailly (Oise). Très grande, la poitrine étroite, elle craint la douleur et les hémorrhagies. Elle veut absolument s'en retourner chez elle, par le prochain train.

Dans une première intervention, j'ai pû la débarrasser au moyen de l'anse galvanique, d'une énorme amygdale droite. En deux autres, j'ai traité le nez, et, en trois fois, j'ai pu détruire d'énormes adénoïdes de la voûte, commençant par un côté et finissant par l'autre. Bien entendu, la cocaïne et le relève-luette furent employés comme précédemment.

Troisième observation. — Je cite cette observation à cause de la forme spéciale des végétations qui existaient chez le malade. M. D..., de Paris, 17 ans, se plaint surtout de surdité et d'écoulement par les oreilles.

Le pharynx est spacieux et facile à examiner. De nombreuses productions adénoïdes y existent, sécrétant abondamment. Après lavage, en outre des glandes de la voûte, des végétations en forme de crête entourent les orifices des trompes, surtout à droite.

Ce malade a supporté plusieurs opérations de curetage, mais, j'ai nettoyé avec avantage les environs de la trompe, avec le cautère plat. Le résultat a été très bon. Le cathétérisme impossible avant, est devenu facile.

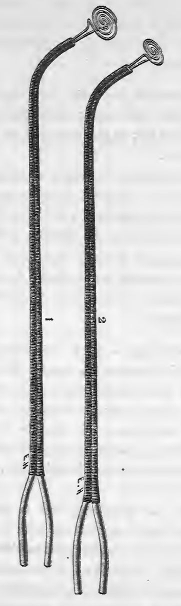
Quatrième observation. — M. P..., de Paris, 37 ans. Ce malade se plaignait surtout d'obstruction nasale. Il avait été traité préalablement par la cautérisation des cornets, très hypertrophiés à leurs extrémités, et la résection d'un éperon. Les signes d'obstruction continuant un examen du pharynx avec le relève-luette permet de constater la présence, sur la partie médiane et postérieure de la cloison, d'une hypertrophie polypoïde, grosse comme une framboise.

Croyant arriver par le curetage ou le serre-nœud, je fis faire, inutilement, deux curettes spéciales et des serre-nœuds recourbés. En une séance, je détruisis complètement le polype.

Comme conclusion, je trouve que les cautères plats, à grande surface, permettent de détruire antiseptiquement, sans grande douleur, sans effusion de sang, des productions adénoïdes volumineuses et étendues.

L'opération se faisant à l'aide du relève-luette et du miroir, se pratique avec précision, avec méthode. Les suites en sont peu

graves, les malades peuvent, aussitôt après retourner chez eux, sans craindre de provoquer de complications.



Comme on peut le voir par les gravures ci-jointes, ces cautères galvaniques faits par M. Chardin, sur mes indications, sont longs de 14 centimètres et courbés à angle droit. On peut les modifier à volonté, à la main, si la courbe n'est pas suffisante.

Le diamètre du n° 1 est de 1 centimètre et sa courbe un peu plus grande que celle du n° 2.

Le n° 2, de même longueur, 5 millimètres de diamètre. C'est celui qui me paraît le plus pratique et le mieux proportionné avec la moyenne des pharynx. Ce n'est qu'exceptionnellement que j'ai pu me servir du n° 1.

Rapport sur la candidature de M. le Docteur Albert Colin

Par le Docteur GILLES

M. le Dr A. Colin, à l'appui de sa candidature, présente :

1° Une étude sur la *Mycose leptothrixique pharyngée* ;

2° Une observation de *Péri amygdalite linguale phlegmoneuse.*

M. Colin a fait sa thèse inaugurale sur une maladie dont la première observation datée de 1873, est due à Bernard Fraenkel. Cet auteur lui donne le nom de *mycose tonsillaire* et constate en outre qu'elle est produite par des filaments de *leptothrix buccalis.* Nouvelle observation en 1876 de Baginski et Klebs; en 1880, deuxième observation de B. Fraenkel; en 1882, observation de E. Fraenkel, de *Hambourg.* Pour les trois premières, les auteurs admettent la présence du leptothrix buccalis; A la quatrième, surgit une divergence d'opinion. En effet Sadebeck, qui fait l'examen histologique du cas de E. Fraenkel, constate bien dans sa préparation les filaments vus par B. Fraenkel, par Baginski et Klebs, mais il pense que ce sont, non des filaments de leptothrix buccalis, mais des productions d'un nouveau micro-organisme auquel, à cause de sa forme, il donne le nom de « *Bacillus fasciculatus* ». De 1882 à 1887, quelques observations isolées se succèdent. En 1887, M. Mendès-Benito, fait de cette affection le sujet de sa thèse (Pharyngo-mycose) et, la même année, M. Ferré, à l'aide de préparations microscopiques, conclut à la présence du leptothrix dans la mycose tonsillaire. En 1888, cette opinion se trouve définitivement mise hors de discussion par Deckert et Seifert, de Wurtzbourg qui, après avoir fait les cultures de

leptothrix buccalis, sont arrivés à reproduire par inoculation l'affection première. Si nous citons encore quelques observations de 1887 à 1890 et une nouvelle étude générale sur le même sujet due à Newcomb en 1891 (Medical Record, New-Yorck), nous aurons à peu près résumé l'historique très développé par M. Colin.

M. Colin fait justement remarquer que malgré tous ces travaux, dont bon nombre sont l'œuvre de nos compatriotes, les traités classiques en France restent muets. Je crains que notre confrère ne soit encore souvent exposé à constater les mêmes lacunes et à éprouver les mêmes regrets, quand il s'agira de ce qui touche à notre spécialité — Toutefois, M. Ruault, collaborant au traité de médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud, a indiqué la mycose tonsillaire de B. Fraenkel — *Mycose tonsillaire, pharyngomycose, mycose pharyngée*, sont les termes dont on s'est servi pour désigner la même affection, — ces synonimes ne préjugent rien de la nature de la maladie. C'est encore à M. Ruault que revient le mérite d'avoir, sous l'appellation complète de *mycose leptothrixique pharyngée*, fixé à la fois la nature essentielle de la maladie et son lieu de développement.

Dans le chapitre II, M. Colin décrit les 3 formes différentes sous lesquelles il a pu étudier l'affection dans le service des maladies du larynx de M. Ruault, à l'Institution nationale des Sourds-Muets.

1° Semis de points blancs isolés.

2° Réunion de ces points blancs en touffes donnant l'aspect dentelé de la crête de coq ou mieux encore des touffes de champignons appelés barbe de capucin.

3° Petites plaques lisses d'un blanc jaunâtre. L'affection siège au niveau du tissu adénoïde et pas ailleurs.

Dans le chapitre III, M. Colin s'occupe de l'examen histologique. Cet examen a été fait par MM. Cornil et Colin. Une planche colorée jointe à la thèse montre trois coupes à des grossissements différents — Avec le grossissement de 300 diamètres, on voit des touffes et des accumulations de filaments d'une longueur parfois considérable — Ces filaments semblent homogènes ; mais avec un grossissement de 4 à 500 diamètres, ils paraissent formés de

segments plus ou moins longs, en général d'une longueur triple ou quadruple de leur épaisseur. Ils sont d'un diamètre sensiblement égal de $1,10^m$ à $1,50^m$.

Ces leptothrix prennent souvent naissance sur une cellulé d'épithélium aplati qui est généralement granuleuse et transparente, mortifiée, avec un noyau atrophié et transparent. Dans toutes les préparations, MM. Cornil et Colin ont observé au-dessous des points envahis par le leptothrix un épaississement considérable de cellules épithéliales qui forment 15 à 20 couches superposées et qui se limitent à la surface de la muqueuse par plusieurs couches de cellules aplaties, mortifiées, formant comme une pseudo-membrane.

Au niveau des parties où le leptothrix s'implante sur la surface de la muqueuse, on voit parfois une dépression dans laquelle l'épithélium corné se continue avec le corps muqueux de la muqueuse. Sur la première couche cornée s'implantent perpendiculairement ou obliquement des filaments de leptothrix. Le corps muqueux ne paraît pas être pénétré par les parasites.

M. Colin me permettra, au sujet de ce travail si complet, de lui adresser une légère critique — Il suppose le leptothrix connu de ses lecteurs ; peut être eut-il pu utilement indiquer les auteurs qui se sont occupés de ce microbe que l'on trouve dans toutes les parties de la bouche. David, Ruppin, Cornil et Babés en France, Flügge en Allemagne, Crocksang en Angleterre.

L'étiologie est traitée dans le chapitre IV. L'étiologie de la mycose leptothrixique pharyngée n'est pas connue. Jusqu'à présent, ses causes directes ou indirectes, ont entièrement échappé aux observateurs qui n'ont eu, à aucun moment, une donnée sérieuse pour les mettre sur la voie. La maladie frappe indistinctement hommes et femmes et si l'âge du plus grand nombre des malades oscille entre 20 et 30 ans, on trouve aussi un petit nombre d'enfants et de vieillards atteints. Le leptothrix s'attaque à des personnes exerçant les professions les plus diverses, vivant dans les milieux les plus différents, ayant les constitutions les plus disparates. Tout autant que l'état général, l'état local paraît indifférent à l'apparition de la maladie. Donc, jusqu'à présent, M. Colin le constate, le chapitre étiologie reste à faire ; ses

recherches minutieuses et prolongées, pas plus que les travaux de ses devanciers n'ayant donné un résultat appréciable.

Parlant des symptômes (chapitre V), M. Colin classe ses malades en deux catégories : 1° celle des indifférents, 2° celle des timorés. Les premiers peu gênés par les points blancs qu'ils ont aperçu par hasard dans leur pharynx ne s'en préoccupent pas ; les seconds qui éprouvent de la sécheresse et des picotements de la gorge, la sensation d'un corps étranger à avaler, parfois une altération de la voix, de l'enrouement et du nasillement, arrivent à se croire atteints d'une maladie grave.

De symptômes généraux, il n'y en a pas. Mais à mesure que l'affection marche, la classe des indifférents vient enrichir celle des timorés. En effet, les saillies en grains ou en touffes si peu gênantes du début ont continué à végéter, elles arrivent au contact des parties voisines qu'elles irritent, provoquant les symptômes indiqués, dont l'influence sur le moral des individus atteints est indéniable.

La marche est essentiellement chronique, lente le plus souvent, elle peut d'autres fois évoluer en quelques jours (obs. VI). La récidive est la normale.

Le diagnostic (chap. VI) est facile — Ne présentant aucun des symptômes de l'inflammation aigüe, la mycose leptothrixique ne pourra être confondue ni avec l'angine herpétique ni avec une amygdalite aigüe de quelque nature que ce soit.

D'autre part les productions du leptothrix se différencient des concrétions calcaires des amygdales par leur consistance moins dure et leur nombre plus grand.

Reste l'amygdalite lacunaire avec laquelle on pourrait confondre la mycose pharyngée. Mais en outre que les produits de l'amygdalite lacunaire sont mous et facilement exprimables des amygdales. M. Colin nous apprend, d'après M. Ruault, que les petites saillies blanches pointues ou les petites taches lisses de leptothrix ne siègent pas seulement dans les cryptes, mais sur la surface de la muqueuse à laquelle elles adhèrent fortement et presque toujours aussi elles existent à la base de la langue et de la paroi pharyngée.

Si ces petites taches lisses présentent à première vue quelque ressemblance avec une pseudo-membrane diphthéritique en voie

de développement, leur adhérence beaucoup plus grande, la durée très longue de la maladie, l'absence de réaction devront écarter l'idée de diphthérie, et, en dernier lieu, l'examen microscopique fixera ce diagnostic.

Le pronostic est bénin, toutefois la mycose pharyngée, en raison de son influence sur le moral des malades et de son peu de tendance à guérir spontanément, demande à être traitée.

Le traitement que conseille M. Colin (chap. VII) après avoir passé en revue tous ceux qui ont été préconisés, depuis le mépris jusqu'au tabac à fumer, est l'ablation par arrachement des productions de leptothrix et le frottage énergique avec la solution iodo-iodurée (2/3/20) soit seule, soit associée immédiatement à la solution de chlorure de zinc (1/6).

L'usage des cigarettes paraît avoir donné à un malade de M. Ruault une amélioration réelle, le tabac est donc un moyen curatif à recommander.

Ces jours derniers, M. Colin m'a montré à la clinique laryngologique des Sourds-Muets, un nouveau cas de guérison dû au traitement par les solutions iodo-iodurée et au chlorure de zinc, au bout de 8 mois. La guérison se maintient depuis 5 mois, c'est donc un cas à ajouter à ceux qui figurent dans la thèse de M. Colin. Dans ce travail, M. Colin nous a familiarisé avec une affection relativement rare, rarement diagnostiquée et très peu connue. Il l'a fait d'une manière claire, concise, complète et originale, dont mon résumé ne peut vous donner qu'une idée affaiblie.

L'observation de *périamygdalite linguale phlegmoneuse* vous a été lue par son auteur à la séance de juillet dernier, toute discussion ayant été ajournée, je vous demande la permission de vous la rappeler brièvement.

Cette affection désignée encore sous le nom *d'abcès sous muqueux superficiel de la base de la langue* est une affection jusqu'ici très rarement observée. MM. Ruault, Cartaz et Luc, en ont publié des observations. Pour tous ces auteurs, l'étiologie de l'affection est obscure et encore indéterminée.

La littérature étrangère n'en fait pas mention et ce n'est pas le mémoire de Seifert paru le dernier sur cette question dans les

Archives de Laryngologie de B. Fraenkel, qui vient l'éclairer d'un jour nouveau. M. Seifert ignore les mémoires et les observations de nos collègues et, les observations qu'il cite, ont trait les unes à des glossites basiques profondes, d'autres à des phlegmons prélaryngiens et pas du tout à des abcès sous muqueux superficiels de la base de la langue.

L'observation de M. Colin, prise à la clinique laryngologique des Sourds-Muets, est entièrement d'accord avec la description de la maladie donnée pour la première fois, en 1891, par M. Ruault, chef de ce service.

Il s'agit d'un homme de 49 ans, mécanicien, qui s'est présenté le 13 janvier 1893 à la clinique. Les commémoratifs sont intéressants, le malade en effet raconte que 18 mois auparavant, c'est-à-dire en juillet 1891, il fut pris en même temps de frissons, de fièvre vive et d'une douleur violente à la gorge, du côté droit. Il eut du délire, de la gêne de la respiration, de la dysphagie intense. Puis au bout de 7 ou 8 jours de cet état alarmant, il cracha du pus, et fut immédiatement soulagé, le gonflement du cou diminua et 15 jours plus tard, tout était rentré dans l'état normal.

Huit mois après, en mars 1892, nouvel abcès à droite, deux jours après abcès à gauche — mêmes symptômes mais plus violents — Les deux abcès s'ouvrent spontanément à 24 heures d'intervalle, huit jours après le début des symptômes.

Enfin, le 2 janvier 1893, nouvelle poussée à droite. Le point d'élection de la douleur la plus vive est à un travers de doigt au-dessous du maxillaire inférieur. Cette douleur se complique d'irradiations vers les oreilles qui présentent les symptômes subjectifs d'une otite aigüe. Au bout de 6 jours du pus est craché et le soulagement survient — C'est le 10e jour de la maladie qu'il est examiné par M. Colin. Il n'y a à ce moment ni gonflement du cou, ni engorgement ganglionnaire, peu de douleur et, l'examen de la région de la base de la langue est possible — On aperçoit une tumeur rouge mamelonnée présentant plusieurs orifices d'où sort le pus.

M. Ruault, avec le couteau laryngien de Héring, pratiqua plusieurs incisions, fit des badigeonnages avec une solution iodo-iodurée et deux jours après la région du côté droit était guérie.

Mais il était survenu à gauche un abcès de même nature qui, traité par les mêmes moyens, guérit aussi vite que le premier.

Le malade revu le 1er mai était en très bon état. De la lecture de cette observation semble résulter que, si la péri-amygdalite linguale phlegmoneuse est accompagnée d'un cortège de symptômes alarmants, elle ne dure que 7 à 8 jours, que l'abcès se vidant spontanément tout rentre dans l'ordre — La maladie est sujette à récidive, elle passe aisément d'un côté à l'autre — L'intervention chirurgicale rapide est indiquée.

M. Colin eut, je crois, utilement complété son observation en formulant ces conclusions plus clairement que je ne le fais et en insistant sur le procédé opératoire de M. Ruault. Les deux premières fois les abcès se sont vidés spontanément. Ne peut-on admettre l'hypothèse de la persistance d'un foyer purulent et de trajets fistuleux assurant l'écoulement du pus, puis, à un moment donné, de l'oblitération de ces trajets de nouveau enflammés amenant une poussée nouvelle avec la répétition des mêmes symptômes, marche que l'on peut observer dans les abcès à répétition des amygdales. M. Ruault a-t-il détruit ce clapier supprimant du même coup une cause probable de récidive ?

Ceci dit, je suis heureux de répéter pour cette étude, ce que je vous disais à propos de la thèse de M. Colin. J'ajoute, Messieurs, que le confrère très méritant dont je viens de vous résumer le travail, se double d'un charmant camarade et, dans ces conditions, je m'associe de grand cœur à M. Ruault, pour vous demander l'admission de M. le Docteur Albert Colin, parmi les membres titulaires de notre Société.

Le Secrétaire-général,

Dr Et. SAINT-HILAIRE.

SEDAN. — IMPRIMERIE RAHON.

MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

AIGRE, de Boulogne-sur-Mer.
AUBERT, d'Alger.
HAMON DU FOUGERAY, du Mans
JOAL, du Mont-Dore.
LICHTWITZ, de Bordeaux.
NOQUET, de Lille.
PERCEPIED, du Mont-Dore.
SUAREZ DE MENDOZA, d'Angers.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

ARTZROUNY, de Tiflis (Caucase).
BÉZOLD, de Munich.
BOMFIM, de Lisbonne.
BURKNER, de Gœttingen.
COLLADON, de Genève.
COZZOLINO, de Naples.
CRESSWELL-BABER, de Brighton.
GOTTSTEIN, de Breslau.
GRAZZI (Vittorio), de Florence.
GUYE, d'Amsterdam.
HARTMANN, de Berlin.
HERING, de Varsovie.
KOCH, de Luxembourg.
KURZ (Edgard), de Florence.
MOOS, d'Heidelberg.
POLITZER, de Vienne.
PRITCHARD (Urban), de Londres.
SCHMIDT (Maurice), de Francfort
SCHŒFFER, de Brême.
SCHNITZLER, de Vienne.
SUNE Y MOLIST, de Barcelone
TOBOLD, de Berlin.